



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO

LA ESQUIZOFRENIA Y EL PAPEL DEL
TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL.

ALUMNO/A : D^ª MARINA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

TUTOR/A: D^ª TERESA DEL ÁLAMO MARTÍN

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

RESUMEN

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más frecuentes en nuestra sociedad, se inicia entre los 15 y los 35 años de edad. Aunque existen síntomas positivos, negativos y cognitivos que caracterizan a esta enfermedad, afecta a cada persona de forma diferente ya que está influenciada por factores tanto biológicos (hereditarios, genéticos) como psicológicos y sociales.

Los trastornos mentales no solo perjudican a los propios enfermos, la familia sufre el impacto que supone todo el proceso de la enfermedad. Por eso, la unión entre la persona afectada, la familia y los profesionales hace que se consiga un tratamiento adecuado y continuado, permitiendo que la enfermedad sea más apacible.

Este Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo analizar la labor que hace el Trabajador Social en Salud mental , además de elaborar una pequeña revisión sobre la esquizofrenia. A día de hoy es una enfermedad que está muy presente pero que la sociedad desconoce por completo más allá de los mitos y las habladurías.

Palabras clave: Trabajo Social, enfermedad mental, trastornos mentales, esquizofrenia.



ÍNDICE.

RESUMEN 1

1 ÍNDICE DE GRÁFICAS..... 3

2 ÍNDICE DE TABLAS 3

3 INTRODUCCIÓN 4

 3.1 Justificación 7

 3.2 Objetivos 10

 3.3 Metodología y fuentes para la recogida de datos..... 10

 3.4 Estructura del trabajo 11

4 MARCO TEÓRICO 13

 4.1 Entendiendo que es la esquizofrenia 13

 4.2 Las sustancias tóxicas y la esquizofrenia..... 16

 4.3 Tratamiento de la esquizofrenia 17

 4.4 El Trabajador Social en salud mental 23

 4.4.1 La percepción del Trabajo Social en Salud Mental: ESTUDIO EMPÍRICO..... 25

5 CONCLUSIONES 30

6 BIBLIOGRAFÍA..... 33

7 ANEXOS 39

 7.1 ANEXO 1 : Trabajadora Social del Hospital Clínico..... 39

 7.2 ANEXO 2 : Trabajadora Social de la fundación “ el puente” 40

 7.3 ANEXO 3 : Trabajador Social infanto-juvenil..... 41



1 ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Costo anual por paciente de algunas condiciones severas. *Fuente* : OMS (2004)

Gráfica 3. Tasas sobre el Grado de aceptación de las intervenciones terapéuticas realizadas.

Fuente : Gómez Ayala, A.-E. (2006). Farmacoterapia de la esquizofrenia. *Farmacia Profesional*, 20, 73–78.

2 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad, trastornos frecuentes, síntomas, coordinación interna y externa, seguimiento y atención a familias . Información recogida en las entrevistas realizadas en la Fundación El Puente y el Hospital Clínico. *Fuente* : Elaboración propia.



3 INTRODUCCIÓN

Antes de profundizar en el tema principal del trabajo es importante conocer el significado de la salud, la enfermedad mental y los trastornos mentales, y su evolución a lo largo de la historia.

La Organización Mundial de la Salud (2013) define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad “

La Enfermedad mental es entendida por tanto como “una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (FEAFES, 2008).

Sánchez (2013) relata la historia del concepto de enfermedad mental y afirma que dicho concepto tiene una larga trayectoria. El autor identifica varias etapas históricas:

En la prehistoria los enfermos mentales estaban relacionados con fuerzas sobrenaturales., En estos tiempos el único tratamiento posible era mágico, creencias en objetos útiles de la vida cotidiana, objetos reservados para ocasiones especiales unido a elementos del mundo natural. (cielo, ríos, montaña...).

En la Edad Media se juzgaban a las personas que padecían una enfermedad mental como individuos endemoniados y satánicos. Es en esta época cuando surgen los primeros lugares y puntos de encuentro para este colectivo.

En la época del Renacimiento se comparaba y se consideraba iguales y equivalentes a los enfermos mentales con los indigentes, mendigos, imprudentes y temerarios.



Ya en los siglos XVIII y XIX s cambia la concepción de la enfermedad mental, entendiendo que los enfermos mentales son merecedores de tratamientos médicos adecuados y adaptados a sus necesidades para la mejora de su calidad de vida. A pesar de este pequeño avance y de los cambios producidos en esta etapa, se seguía considerando la enfermedad mental como algo raro y chocante que producía rechazo y repudio para el resto de la sociedad.

En el siglo XIX comienzan los progresos sobre el término de la enfermedad mental, se consideraba el tratamiento como la mejor forma de intervenir con el colectivo.

La última etapa a la que se refiere Sánchez (2013) situada en el siglo XX, momento en el cual surge la teoría de la degeneración. El “degeneracionismo” fue el ejemplo que predominó entre los psiquiatras españoles. En 1948 se inaugura la Federación Mundial de la Salud Mental. Hoy en día el concepto de salud mental se incluye dentro de un concepto mucho más amplio como es el de salud.

En muchas ocasiones no es fácil entender quién sufre una enfermedad mental específica. Gómez y Zapata (2000) identifican diversos factores que originan una enfermedad mental:

- Factores Endógenos: Están presentes desde el nacimiento de la persona. Nace con ellos o al menos con cierta predisposición hacia ellos. Se engloban los factores heredados y constitucionales con los que el individuo “ya viene al mundo”.
- Factores orgánicos o exógenos: Aquellos vinculados con enfermedades físicas, provienen del exterior (de ahí el término exógeno), vienen “de fuera” del individuo, arremetiéndolo en cualquier momento de su vida.
- Factores psicológicos: En los trastornos mentales surgen y se conectan factores psicológicos que juegan un papel prioritario.
- Factores sociales: Hacen referencia a la influencia del medio ambiente sobre la persona.



La Organización Mundial de la Salud (2001) incluye en los trastornos mentales :

“No solo a las variaciones dentro de la «normalidad», sino fenómenos claramente anormales o patológicos, duraderos recurrentes, y causantes de cierta angustia personal o alteraciones de funcionamiento en una o más facetas de la vida “. Y para ser considerados como tal deben satisfacerse “todos los criterios fundamentales para un trastorno en concreto “(p. 21).

Gómez y Zapata (2000), autores anteriormente citados, agrupan los trastornos psiquiátricos en 4 síndromes: neurótico, psicótico, orgánico y psicopático.

- El trastorno neurótico: se incluyen enfermedades representadas por conflictos intrapsíquicos que provocan ansiedad. Este tipo de trastornos aparecen en trastornos somatomorfos, trastornos de estado de ánimo, entre otros.
- El trastorno psicótico: se caracteriza por la pérdida del juicio de la realidad, (esquizofrenia, trastorno bipolar...).
- El Trastorno mental orgánico: son trastornos mentales vinculados con un agente específico, causan daños en el Sistema Nervioso Central. Pueden modificar la atención, la memoria y/o la vigilancia.
- El trastorno psicopático: en este trastorno destaca la inmadurez temperamental y el fanatismo a la frustración.



3.1 JUSTIFICACIÓN

En 2017, la Organización Mundial de la Salud aporta datos sobre el aumento de la prevalencia de los trastornos mentales y los costes que eso conlleva a nivel económico y sanitario. La depresión, afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, el trastorno afectivo bipolar perjudica aproximadamente a 60 millones de personas en el mundo, la demencia, hay alrededor de 47,5 millones de personas que padecen demencia, los trastornos del desarrollo, incluido el autismo, causan un retraso en la maduración del sistema nervioso central, y la esquizofrenia, daña en torno a 21 millones de personas.

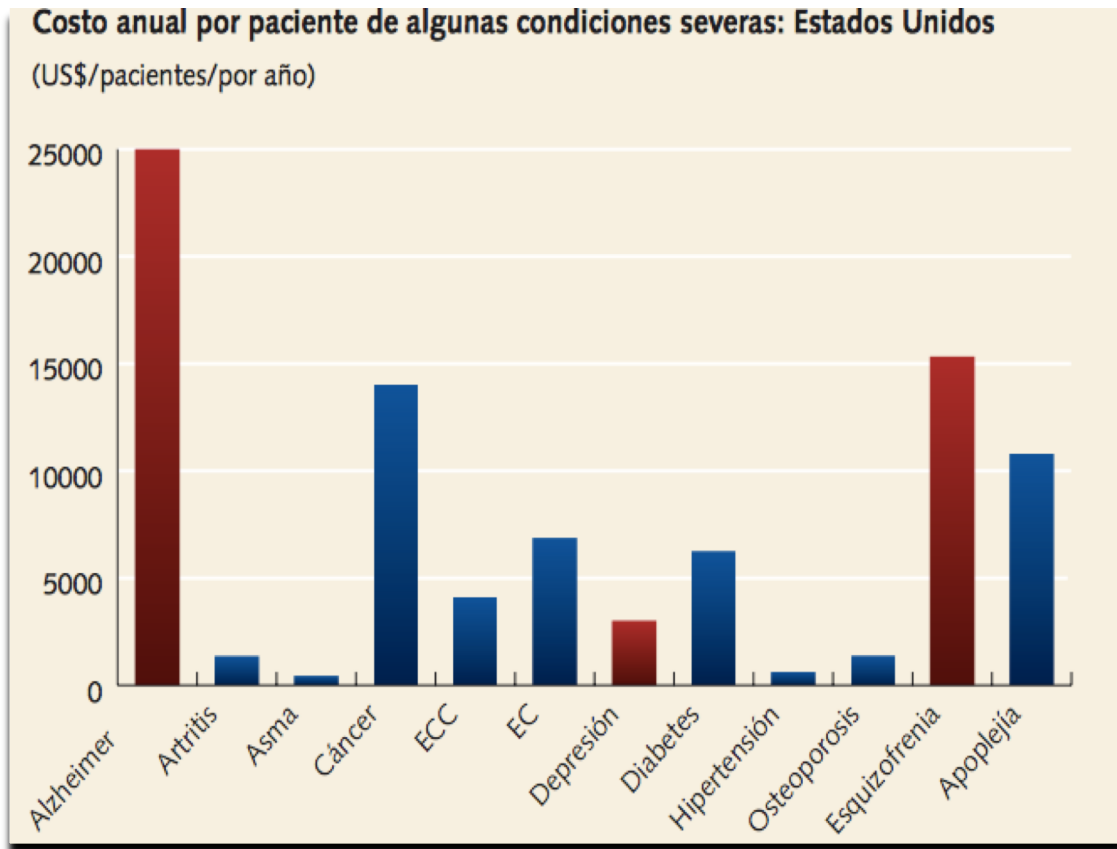
El Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (2007), señala que el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres en España presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental, y 5,2 y 11,4%, respectivamente. En lo que refiere a la esquizofrenia haremos un especial hincapié a lo largo del trabajo.

Muñoz, Guillén, & Pérez Santo (2004), recalcan como las situaciones de exclusión y discriminación por las que atraviesan las personas con enfermedad mental, no solo afectan a los propios protagonistas sino que influye de manera muy negativa en el bienestar y la calidad de vida tanto de los enfermos como de sus redes sociales más próximas.

Un estudio de la OMS (2004) sobre el coste de las enfermedades mentales destaca a la esquizofrenia y la enfermedad de “Alzheimer” como las enfermedades más costosas. El coste por paciente es más alto que el de Cáncer y la apoplejía. La figura 1 muestra el coste anual por paciente en Estados Unidos.



Figura 1 : Costo anual por paciente de algunas condiciones severas: Estados Unidos



Fuente : OMS (2004)

Las personas con trastornos mentales siempre se han visto influenciadas por los prejuicios que la sociedad tienen sobre ellas., Murcia, Inés y Cardozo (2014) aluden a ciertos mitos que predominan en la sociedad sobre las personas que padecen enfermedad mental, “son personas peligrosas” es una de las frases más escuchadas en nuestro entorno. (p.195).

Del mismo modo, Rebolledo & Lobato (2005) muestran que “La sociedad en general está menos preparada para aceptar, comprender y ayudar a las personas con enfermedad mental, que a las personas con alguna enfermedad física “. (p. 2).



El motivo para realizar este Trabajo de Fin de Grado ha sido el alto número de personas que padecen algún tipo de trastorno mental. Un total de 2.408.700 españoles sufrieron en 2015 depresión, una enfermedad cuya prevalencia está aumentando en el mundo y que en el caso de España representa el 5,2 % de la población, según nuevos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS,2017).

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes. De acuerdo con esto, la revista *Royal College of psychiatrists* (2009) explica de qué manera esta enfermedad afecta a 1 de cada 100 personas, daña por igual a hombres y mujeres, sin ninguna distinción tanto económica como cultural.

Además, el padecimiento de un trastorno mental tanto en la persona que lo padece como en su familia provoca mucho sufrimiento.

El campo de la salud mental, ha sido y es, uno de los ámbitos a los que mayor número de Trabajadores Sociales han dedicado su actividad profesional , constituyéndose una parte esencial e imprescindible dentro del equipo terapéutico.



3.2 OBJETIVOS

El objetivo principal es realizar una revisión teórica de la esquizofrenia y dar a conocer el papel del Trabajador Social en Salud Mental .

Concretamente :

1. Investigar sobre la esquizofrenia, sus síntomas, el tratamiento que se debe tener y las terapias de apoyo necesarias para la familia y el enfermo.
2. Determinar las funciones del Trabajador Social con las personas con enfermedad mental y la relación entre ambos.
3. Conocer desde la percepción de los Trabajadores Sociales la imagen de la enfermedad mental y de los enfermos mentales que existe en la sociedad, además de averiguar qué trastornos mentales son los que predominan.

3.3 METODOLOGÍA Y FUENTES PARA LA RECOGIDA DE DATOS

La metodología que utilizaremos para la recogida de datos se obtendrá a través de una revisión del material bibliográfico basada en la consulta de documentación impresa y digital que nos permita averiguar que es la esquizofrenia, el tipo de relación que existe entre el consumo de sustancias y esta enfermedad, el tratamiento que se debe usar y el papel que juega el Trabajador Social en salud mental. Las fuentes utilizadas han sido secundarias puesto que la información que contienen es información primaria de otros autores.



Además, se ha realizado un estudio empírico basado en tres entrevistas a Trabajadores Sociales de Salud mental. La primera, Trabajadora Social del Hospital Clínico, se ocupa de las personas con enfermedad mental desde el momento de su ingreso en el hospital. La segunda, Trabajadora Social de la Asociación “ El Puente” , trabaja con enfermos mentales derivados de otros servicios o por voluntad propia. Por último, Trabajador Social infanto-juvenil, cuya labor se desempeña con personas con enfermedad mental de 0 a 18 años.

3.4 ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Este Trabajo de Fin de Grado se va a estructurar en cinco partes:

En primer lugar, haremos una pequeña introducción sobre el concepto de la esquizofrenia y la respuesta que da la sociedad a la pregunta : ¿ Qué es para ti la esquizofrenia ? .

Se hará especial hincapié en los síntomas que predominan en esta enfermedad mental y los cambios que se han producido entre la 4ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), publicado en 2002 y la 5ª Edición (DSM-V) publicado en 2013, ahora vigente .

En segundo lugar, se analizará la relación que existe entre el consumo de sustancias tóxicas y la esquizofrenia . De esta manera observaremos los altos índices de personas que padecen trastornos mentales debido al uso de sustancias tóxicas y al consumo masivo de alcohol.

A continuación, se hablará sobre los fármacos que se utilizan para tratar los síntomas de la esquizofrenia y la mejora de la calidad de vida que supone para los pacientes. Además de los fármacos se determinará la importancia de las terapias que deberán llevar a cabo los pacientes con enfermedad mental.



Posteriormente, trataremos de visibilizar el papel que desempeña el Trabajador Social en el ámbito de Salud Mental dentro del equipo terapéutico. Conocer la importancia del Trabajador Social en la atención y tratamiento de la salud mental, atención en momentos de crisis, rehabilitación psicosocial, integración laboral, apoyo económico, protección y defensa de los derechos de las personas y el apoyo a familias es imprescindible para entender este Trabajo de Fin de Grado.

Después, se estudiará el perfil del profesional del Trabajo Social en Salud Mental de Valladolid. Entenderemos el trabajo que desempeñan en su día a día a través de la explicación de un estudio empírico.

Finalmente, se elaborarán unas conclusiones en función de los resultados obtenidos para visibilizar la importancia del Trabajador Social en este ámbito.



4 MARCO TEÓRICO

4.1 ENTENDIENDO QUE ES LA ESQUIZOFRENIA

Según las cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud, en 2018, la esquizofrenia es un trastorno mental peligroso que daña y perjudica a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Los rasgos más comunes de esta enfermedad vienen determinados por una alteración del pensamiento, las emociones, el lenguaje, percepciones, la conciencia de si mismo y la conducta. En multitud de ocasiones las personas que padecen este tipo de trastorno mental escuchan y ven cosas que no se corresponden con la realidad de ese momento (OMS, 2015) creen que el resto de personas son conocedores de sus pensamientos y su único fin es maquinan algo para hacerles daño.

En el año 2012, Padín hace una pequeña introducción sobre las respuestas que dan la mayor parte de los habitantes al preguntarles sobre el término “ esquizofrenia “ . Cuando hablamos en nuestro día a día con gente de la calle que no es experta en salud mental y preguntamos sobre este término es bastante usual que, con mayor o menor certeza, lo primero a lo que se haga alusión es a una enfermedad mental caracterizada por comportamientos violentos y sorprendentes, conductas inusuales que perjudican su vida diaria y la de su alrededor.

Además este último autor hace referencia a la esquizofrenia desde el lado más técnico y profesional. La esquizofrenia supone una “mente escindida “ . Las personas que padecen esta enfermedad mental están escindidas de la realidad, es decir, se encuentran separadas del mundo que les rodea, realidad diferente a la nuestra.



Martín & Navarro (2012) asocian una serie de síntomas a esta enfermedad mental catalogada en tres clases diferentes :

- Síntomas positivos : El paciente “ pierden el contacto” con la realidad. Estos síntomas en ocasiones pueden aparecer y desaparecer, son comportamientos psicóticos. Estos síntomas positivos incluyen las alucinaciones, los delirios, los trastornos de pensamiento y los trastornos del movimiento. No todos los pacientes lo tienen. Como consecuencia de los síntomas positivos se producen :
 - Alucinaciones : Son producto de lo que ve, siente, piensa esa persona y nadie más observa. El tipo más común de las alucinaciones son las “ voces” o audiciones auditivas. Estas voces pueden ser tanto internas como externas, las internas son las que vienen de dentro de la persona; en cambio las externas son aquellas que parecen tan reales como si otra persona estuviera hablando.
 - Los delirios : Surgen cuando la persona cree en creencias falsas después de haberse demostrado que no es real.
 - Trastornos de pensamiento: Dejar de hablar de forma repentina, o también denominado “ bloqueo de pensamiento”. La persona puede llegar a inventar palabras sin ningún sentido.
 - Trastornos de movimiento : Se manifiestan en la repetición de movimientos alterados y excitados del cuerpo.
- Síntomas negativos : Se relacionan con la aparición violenta e inesperada de las emociones y los comportamientos normales. Son complicados de entender debido a la confusión que se produce con otros comportamientos normales. El abandono, la depresión y la inmovilidad en el rostro, dificultad para satisfacer las necesidades de vida diaria, son algunas de las características que predominan en este tipo de síntomas.



- Síntomas cognitivos : Estos síntomas son difíciles de reconocer al igual que los citados anteriormente. Contienen :
 - Dificultad para comprender la información y usarla para tomar decisiones.
 - Déficit de atención.
 - Impedimentos para utilizar la información inmediatamente después de aprenderlo, conocida con el nombre de “ memoria operativa “.

Dada que la historia de la clasificación de los trastornos mentales es de gran amplitud para ser sintetizada en este Trabajo de Fin de Grado nos vamos a centrar en aquellos aspectos que han orientado directamente al desarrollo del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM) y a las secciones de «Trastornos mentales» en las diversas ediciones de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*.

Existen una serie de cambios entre la 4ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), publicado en 2002 y la 5ª Edición (DSM-V) publicado en 2013, ahora vigente .

En el Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la 4ª Edición (2002) se define la esquizofrenia como “ una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa” (p.279). Existen distintos tipos del trastorno de la esquizofrenia. En concreto cinco :

- Tipo paranoide : Se caracteriza por la presencia de alucinaciones .Se establecen síntomas asociados a este tipo de esquizofrenia paranoide como la ira, ansiedad, timidez y tendencia a discutir.



- Tipo desorganizado : En este subtipo de esquizofrenia prevalece los síntomas comportamentales, el lenguaje desordenado y el comportamiento desorganizado. Puede ir acompañado de risas, muecas y tonterías sin sentido alguno. (hablar a destiempo).
- Tipo catatónico : Predomina la falta de movimiento en el sujeto. Posturas rígidas, raras o inapropiadas, inexpresividad, muecas llamativas y negativismo extremo.
- Tipo indiferenciado : Se clasifican los casos que no encajan en criterio de diagnóstico del resto de subtipos de esquizofrenia.
- Tipo residual : Es muy importante el factor tiempo (el antes y el después). Corresponde a un tipo de esquizofrenia que se da cuando ha existido un brote de esquizofrenia en el pasado pero en el presente los síntomas positivos son moderados y de baja intensidad, en cambio lo que más llama la atención son los "restos" de síntomas negativos que han quedado.

En el DSM-V, 5ª Edición, ya no se considera tanto el tipo de la esquizofrenia sino el curso de la enfermedad.

4.2 LAS SUSTANCIAS TÓXICAS Y LA ESQUIZOFRENIA

La Organización Mundial de la Salud en 2016 considera que hoy en día se estima que al menos 15.3 millones de personas que padecen algún trastorno mental es debido al uso de sustancias tóxicas y 3.3 millones de muertes al año son provocadas por el consumo masivo del alcohol.

Según el Instituto de Salud Mental (2015) el consumo de sustancias tóxicas es el trastorno más usual y habitual en las personas que padecen esquizofrenia.

Haciendo referencia a lo anterior, la comorbilidad, o también denominada existencia simultanea de enfermedades psiquiátricas y de trastornos por consumo de sustancias tóxicas, es bastante usual.



En la realización del Diagnóstico de Comorbilidad Psiquiátrica en Personas Consumidoras de Sustancias Psicodinámicas (2011) se ponen de manifiesto las siguientes cifras:

“El 47% de las personas con esquizofrenia presentan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida, excluyendo la nicotina. Aproximadamente 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con el abuso de sustancias y 5% de los pacientes alcohólicos hospitalizados sufren esquizofrenia. (p.6).

En línea con lo anterior, en un estudio que se realizó sobre consumo de drogas en personas con esquizofrenia (2008) publicado en la Revista de Toxicomanías (RET), se analizó a partir de la muestra el perfil de los usuarios por consumo de drogas en la esquizofrenia. Los varones tenían altos índices de probabilidad en los consumidores con o sin trastornos por consumo de drogas en comparación con los no consumidores, estos tenían altos % de poseer un bajo nivel educativo, ocasionar más problemas de conducta en la infancia y tener un largo historial de depresiones.

Del mismo modo, diversos autores como Arias y Ochoa (2006) hacen hincapié en la necesidad de un tratamiento integrado para los pacientes con esquizofrenia consumidores de sustancias tóxicas consiguiendo así abordar ambos trastornos por un mismo programa de tratamiento. En muchas ocasiones esto no es posible porque son procesos interdependientes.

4.3 TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

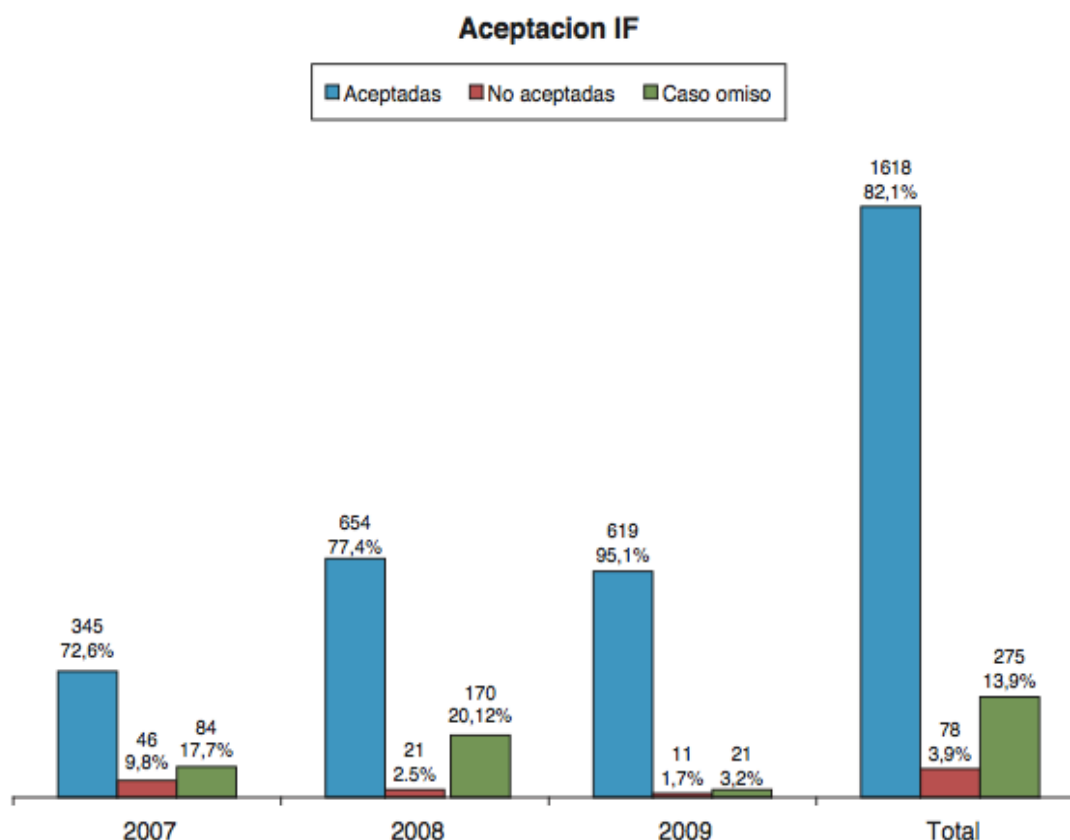
Gómez (2006) explica la importancia de la farmacoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia debido a su alta efectividad, seguridad y mejora en la calidad de vida de los pacientes, pese a que los efectos secundarios puedan ser diversos.



Como se puede observar en la figura 2 que se presenta a continuación, la mayor parte de los pacientes ha respondido de forma efectiva a las intervenciones farmacéuticas.

En total, un 82,1 % ha aceptado las IF en comparación con el bajo porcentaje de los que no lo han aceptado correspondiente al 3,9 % y al 13,9 % de los casos omisos (no hacer caso de algo)

Figura 2 : Aceptación Intervenciones Farmacéuticas



IF : INTERVENCIONES FARMACEÚTICAS

Fuente : Gómez Ayala, A.-E. (2006). Farmacoterapia de la esquizofrenia. *Farmacia Profesional*, 20, 73–78. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-farmacoterapia-esquizofrenia-13094212> <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-farmacoterapia-esquizofrenia-13094212>.



Siguiendo en la línea con lo anterior, Barnes (2011) citado por (Yanguas, 2015) habla sobre la los antipsicóticos, familia de fármacos que se utilizan para tratar los síntomas de la esquizofrenia. Sirven de ayuda para la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Cada persona es distinta y no sientan bien los mismos fármacos a todos por igual, es usual que los pacientes tengan que probar varios.

Existen distintas clasificaciones de los antipsicóticos, la más aceptada es la que distingue los antipsicóticos típicos (AT) y los antipsicóticos atípicos (AA). Pato (2017)

- Los más antiguos son los AT, tienen una alta efectividad en el control de los síntomas psicóticos positivos. (alucinaciones, delirios) y baja efectividad sobre los negativos (depresión, aislamiento social). Su uso se asocia con síntomas extrapiramidales, son aquellos que afectan al movimiento del paciente. Hay 4 tipos fundamentales:
 - Acatisia : Los pacientes no pueden estar del todo quietos, balanceo constante.
 - Disonía : Se caracteriza por contracciones involuntarias, muecas extravagantes, la mayor parte de ellas ocurre en la cara. (tics)
 - Pseudoparkinsonismo: Temblores en los dedos, debilidad de la voz, rigidez muscular.
 - Discinesia tardía : No ocurren por contracciones al contrario que las distonías, son movimientos estereotipados. (sacar la lengua, fruncir el ceño).
- Los AA son eficaces en los síntomas positivos y negativos. Se relaciona con menos síntomas extrapiramidales (SEP) que los AT.



Además de la medicación necesaria que deben llevar a cabo las personas que padecen esquizofrenia, Autores como Valencia y Murow (2006) realizaron un estudio sobre las diversas modalidades terapéuticas que se utilizaron para evaluar la eficacia de las intervenciones con pacientes con esquizofrenia. La muestra se hizo con 58 pacientes, 43 pacientes que consiguieron terminar todas las intervenciones sumado a los 15 pacientes del grupo de control (GC) de comparación.

El grupo de control lo conformaba una lista de espera de pacientes con esquizofrenia que cumplieron los criterios diagnósticos, los criterios de inclusión y exclusión. Este grupo no recibía tratamiento terapéutico solo farmacológico.

Todos los pacientes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión, que :

- Estuvieran tomando sus medicamentos antipsicóticos (AP) y que por tanto se encontraran estables clínicamente y sin hospitalizar.
- No estuvieran en otras terapias adicionales mientras participan en toda la intervención.

Ambos autores describieron las tres modalidades de intervención que llevaron a cabo en los pacientes con esquizofrenia:

- Terapia psicosocial (TPS) : Entrena habilidades sociales o no aprendidas. (lenguaje no verbal, conversación...). La TPS trabaja para que los pacientes adquieran nuevas habilidades o reparar aquellas que sí tenían pero que se vieron afectadas en el momento de la enfermedad. La terapia aborda temas como las consecuencias que tiene una incapacidad, la importancia de los medicamentos, la actitud ante una enfermedad, la prevención de recaídas, etc. Se establecían 5 áreas de intervención para abordar problemas : ocupacionales, de relaciones sociales, temas económicos, relaciones de pareja y relaciones familiares.



En esta terapia se usaba la técnica del rol- playing para el aprendizaje de habilidades en el desempeño de nuevos roles siempre acompañado por el grupo y los terapeutas.

- Musicoterapia : Se da mayor fuerza a los aspectos afectivos. (contacto con la realidad, concentración, atención). Las características de la esquizofrenia, la terapia, los requisitos en la búsqueda de empleo, son algunas de las materias sobre las que se dialogaba en estas sesiones. La forma de tocar un instrumento está relacionado con la manera que tenemos de relacionarnos con el mundo.
- Terapias múltiples: Engloban terapias como la psicoterapia individual (PI), psicoterapia grupal (PG), taller de pintura, dibujo artístico y manualidades. (TPDAM). Consiste en preparar a los pacientes en para desarrollar actividades manuales (papel maché, tarjetería española, cerámica mexicana horneada, pintura y decorado).

Para esta investigación se realizaron tres tipos de análisis estadísticos, el análisis de la varianza, los cambios generados y el cambio clínico significativo (magnitud del efecto). Además de estos se llevaron a cabo otros análisis estadísticos que no se limitaran únicamente a considerar la variable independiente como la única causante de cambios significativos ya que aunque los cambios estadísticamente sean significativos el efecto de la variable puede ser muy estrecho y limitado.

Estos tres análisis sirvieron de base para evaluar la eficacia de cada una de las intervenciones

Ya finalizado el estudio, los resultados de la investigación permitieron obtener una serie de conclusiones :

- Todos los pacientes que participaron en la terapia psicosocial, la musicoterapia y las terapias múltiples obtuvieron beneficios terapéuticos . Todos ellos presentaron mejoras respecto al funcionamiento psicosocial (FPS) y a la actividad global (AG) que contiene actividad psicológica, social y laboral. En cambio, los pacientes del grupo de control (GC) no tuvieron ninguna mejoría a nivel psicosocial.



- Con respecto a las hospitalizaciones, las recaídas y la presencia en las sesiones terapéuticas, las tres modalidades de intervención no presentaron grandes diferencias. En los grupos de control el porcentaje de recaídas fue mayor en comparación con las tres terapias anteriores.
- En función del número de pacientes que consiguió terminar las terapias, un 93,7 % fue capaz de finalizarlas en la TPS y MT con respecto al 81,2 % de los pacientes que acabaron las TM.
- Las TPS y MT en relación con el número de sesiones terapéuticas con los pacientes y la cantidad de terapeutas necesarios en cada una de las intervenciones, la TPS y la MT obtuvieron un menor número de sesiones con menos terapeutas en comparación con las TM, con un mayor número de sesiones y terapeutas. Estar más horas y tener más terapeutas no garantiza que la intervención tenga más efecto terapéutico.

Unido a esto último, otros autores como Rascón et al. (2014) indican la importancia de las redes sociales para el paciente con esquizofrenia y las situaciones de crisis por las que atraviesan los familiares en determinados momentos durante el largo proceso de la enfermedad. Para ello, se realizó un estudio cualitativo basado en un grupo de discusión.

Todos los familiares que participaron en el grupo de discusión coincidían en las situaciones de crisis a las que tenían que hacer frente durante el largo trayecto de la enfermedad junto con las necesidades de una atención psiquiátrica en sus peores momentos.

- La primera crisis caótica: Esta fase suele coincidir con la etapa de la adolescencia. Tanto es así que un familiar que realizó este estudio llegó a confundir los primeros síntomas que se dan en la esquizofrenia con las conductas típicas que tienen los adolescentes durante esa etapa. En ocasiones los servicios especializados se usan poco y las familias se ven con la necesidad de recurrir a muchas instituciones sin recibir previamente un diagnóstico preciso. (colegio al psiquiatra). La falta de información sobre la esquizofrenia junto con las repercusiones y el impacto que provoca en la familia el diagnóstico de esta enfermedad en un primer momento retrasa buscar ayuda profesional.



- Crisis familiar ante el diagnóstico y en el proceso de aceptación de la enfermedad : Una de las integrantes del grupo de discusión definiría la esquizofrenia como una “ enfermedad familiar “. La aparición de una enfermedad mental supone un cambio en el día a día de las familias, en ocasiones es complicado aceptar que un miembro de la familia padezca una enfermedad mental.

Debido al impacto que provoca en un principio la enfermedad los pacientes y la familia tienden a negarlo en un primer momento.

Es de vital importancia que el médico haga varias sesiones con los familiares, debido a la tensión y al bloqueo que sufren los familiares al recibir el diagnóstico no prestan toda su atención en las pautas que se les da en una primera consulta.

4.4 EL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL

En el ámbito de la salud mental el profesional del Trabajo Social es una parte esencial e imprescindible dentro del equipo terapéutico. La figura del Trabajador Social en salud mental se ocupa de una triple misión: Una tarea preventiva, un papel de ayuda diagnóstica y de tratamiento y una labor de rehabilitación. (Gómez,2000)

- A nivel preventivo : La prevención primaria está dirigida a paliar aquellas circunstancias que causan mucho daño o son muy perjudiciales antes de que tengan oportunidad de producir la enfermedad, evitando así una mayor incidencia . El Trabajador Social planificará tareas que llevará a cabo para la protección de la salud en todos los ámbitos a lo largo de tu vida cuya finalidad no es otra que evitar situaciones que se vinculan al aumento del trastorno mental.



- Ayuda diagnóstica y terapéutica : La prevención secundaria consiste en la reducción del número total de individuos que presentan dicha enfermedad en un momento determinado. El Trabajador Social proporciona los medios terapéuticos al enfermo y a sus familias consiguiendo una adecuada coordinación con otras instituciones.
- Papel de rehabilitación : La prevención terciaria está orientada a aminorar la frecuencia e intensidad de las secuelas y de la incapacidad. Tiene como función la rehabilitación familiar, laboral y social de los enfermos. El Trabajador Social pone en contacto al paciente con sus redes de apoyo.

Autores como Sobrino (2007) citado por Hernández (2013) señala la importancia del Trabajador Social en la atención y tratamiento de la salud mental, atención en momentos de crisis, rehabilitación psicosocial, integración laboral, apoyo económico, protección y defensa de los derechos de las personas y el apoyo a familias.

En la misma línea, en el Documento elaborado por el Grupo de Salud Mental del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistencia Social de Cataluña (2006), se hacen importantes aportaciones sobre las funciones que desempeña este perfil profesional :

- En los centros de salud mental infantil y juvenil : El Trabajador social se encarga de la atención directa (entrevistas de acogida con el responsable del menor para conocer la situación / problema, seguimiento de la evolución de la situación, visitas a domicilio para valorar e intervenir en la situación socio-familiar, grupos socio-terapéuticos, educativos, de ayuda mutua y de sensibilización) atención indirecta (coordinación interna, se lleva a cabo en reuniones de equipo, y la coordinación externa, actividad por parte de los profesionales con otros equipos que trabajan en el mismo campo de intervención). Asesoramiento y apoyo, gestiones y formación, documentación, planificación y evaluación, docencia e investigación.



- En los centros de salud mental en adultos : Los TS son imprescindibles para la consecución de objetivos. Se encargan de la atención directa (trabajo directo con el usuario, con las familias, trabajo grupal) atención indirecta (coordinación, trabajo comunitario, gestiones, documentación, planificación, etc.
- En hospitalización psiquiátrica : El Trabajador Social tiene como objetivo promover o conseguir la rehabilitación y reinserción social de los enfermos para ligarlos a recursos como la atención primaria en salud mental.
- En los centros de día : Se centran en el trabajo directo con el usuario, con las familias y grupal (visitas a domicilio, prevención de recaídas, evaluaciones socio-familiares, detección de situaciones de riesgo, participar en actividades grupales fuera y dentro del centro , etc.) Además los profesionales se encargan de la coordinación, del trabajo comunitario, gestiones, documentación, docencia, formación e investigación.

4.4.1 La percepción del Trabajo Social en Salud Mental: ESTUDIO EMPÍRICO

En este estudio empírico utilizaremos una metodología cualitativa, la forma en la que se ha recogido información por parte de los profesionales es a través de la entrevista con un guion previo. En dichas entrevistas ha habido preguntas abiertas, donde se conocen detalles importantes además de aportar respuestas valiosas y profundas; y preguntas cerradas, se elige entre las opciones establecidas. Estas entrevistas se realizarán en los despachos de los profesionales.

Nos hemos puesto en contacto con tres Trabajadores Sociales de Salud Mental, Trabajadora Social del Hospital Clínico, se ocupa de las personas con enfermedad mental desde el momento de su ingreso en el hospital. La Trabajadora Social de la Asociación “ El Puente” , trabaja con enfermos mentales derivados de otros servicios o por voluntad propia y por último, el Trabajador Social infanto-juvenil, cuya labor se desempeña con personas con enfermedad mental de 0 a 18 años.



En las tres entrevistas a los Trabajadores Sociales (Anexo 1, 2 y 3) obtuvimos datos y percepciones sobre la importancia de su trabajo en su día a día y la labor que desempeñan tanto con los enfermos como con las familias.

Una vez realizado el análisis de datos obtenido de las entrevistas a los tres profesionales se señala en una tabla comparativa los resultados que se han alcanzado :

Tabla 1: Edad, síntomas, trastornos mentales, coordinación, seguimiento y contacto con las familias.

Profesionales	Trabajadora Social del Hospital Clínico	Trabajadora Social de la Fundación “ El Puente”	Trabajador Social Infante - Juvenil
Rango de edad de los usuarios que acuden a su consulta.	35-50 años. (salvo excepciones)	En función de los recursos, atienden de 18 a 65 años.	0 a 18 años. (En la mayoría de los casos suelen ser de 8 a 13 años).
Síntomas que prevalecen.	Trastornos psicóticos.	Alteraciones, alucinaciones, delirios.	Hiperactividad, falta de atención.
Trastornos mentales/ motivos de consulta más frecuentes.	Esquizofrenia y bipolaridad. (En ocasiones asociado al consumo de sustancias tóxicas).	Esquizofrenia, bipolaridad, depresión. Trastorno Comportamiento de Personalidad.	Déficit de atención, Hiperactividad, ansiedad, alteración de conducta. En ocasiones, autismo y depresiones.



<p>Contacto con las familias.</p>	<p>Apoyo individualizado Programa de Apoyo a Familias. Se trata de escuelas de familias donde se proporciona información sobre la enfermedad mental, se trabaja pautas, rutinas, etc. Son espacios de encuentro grupales.</p>	<p>Apoyo individualizado: Se intenta establecer un vínculo que les proporcione la confianza necesaria. Escuela de Familias.</p>	<p>Programa de Atención a familias. Grupos : socio-terapéuticos, educativos, de ayuda mutua y de sensibilización.</p>
<p>Intervención con los pacientes.</p>	<p>Atención directa con los pacientes, se analiza los apoyos con los que cuenta y la intervención</p>	<p>Plan Centrado en la Persona (PCP) : Basado en el empoderamiento de la persona.</p>	<p>Se da mucha importancia a la psicoterapia : Tratamiento para aliviar los síntomas que le producen daños de sufrimiento importantes. Se intenta dar la menor dosis de fármacos posibles.</p>
<p>Coordinación Interna</p>	<p>Reuniones de equipo.</p>	<p>Se coordina cada área de trabajo semanalmente. Los coordinadores de cada área tienen reunión 1 vez al mes.</p>	<p>Equipo de trabajo. Trabajadores Sociales, psiquiatras, psicólogos, enfermero/a y auxiliar de administración.</p>



<p>Coord. Externa</p>	<p>TS del Centro de Salud del paciente. TS de su equipo de Salud Mental. Es decir, coordinación con otros equipos que trabajan en el mismo campo de intervención.</p>	<p>Cruz Roja EPAP (Equipos para la Promoción de la Autonomía Personal). CEAS. Centros de Salud. Cáritas etc.</p>	<p>Centros Escolares. CEAS Equipos de Orientación, Fiscalía de Menores. Todas las entidades que estén involucradas con los menores.</p>
<p>Tiempo de seguimiento</p>	<p>El tiempo de seguimiento suele ser muy estrecho siempre que los pacientes acudan de forma regular a las consultas. En ocasiones, hay pacientes que no van al equipo porque no quieren, en ese caso hay que hacer una gran labor para reconducirles.</p>	<p>6 meses. (salvo excepciones)</p>	<p>Todo el que necesiten, no se establece un periodo de tiempo determinado.</p>



Todos los profesionales coinciden en aspectos como que con medicamentos un paciente con esquizofrenia puede llevar una vida adecuada pese a las alteraciones y cambios que puede tener en la medicación en momentos concretos. Además añaden que la esquizofrenia es una enfermedad que está muy presente a día de hoy, hay suficiente información sobre ella pero las personas suelen tener una idea errónea sobre la enfermedad.



5 CONCLUSIONES

Las personas que padecen esquizofrenia escuchan y ven cosas que nada tienen que ver con la realidad. Piensan que los demás son capaces de leer su mente y controlan todo lo que piensan o maquinan algo para hacerles daño. Esto genera situaciones incómodas y desagradables tanto para la propia persona, se siente tímida y reservada, como para todos los de su alrededor.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la bibliografía revisada, además de las entrevistas realizadas a los tres Trabajadores Sociales de Salud Mental en Valladolid , dos Trabajadoras Sociales del Hospital Clínico, en edad adulta e infantojuvenil , y la Trabajadora Social de la Asociación El Puente, se concluye lo siguiente:

El consumo de sustancias tóxicas contribuye a que las personas con esquizofrenia tengan más riesgo de recaídas , estancias hospitalarias reiteradas e incumplimiento con la terapia farmacológica. Estos pacientes tienen mayor riesgo de suicidio y de padecer enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida).

Los tratamientos farmacológicos son elementos esenciales e imprescindibles tanto en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia como en los primeros episodios psicóticos. La medicación se utiliza para el tratamiento de los episodios agudos, prevención de futuros episodios y para la mejora de los síntomas entre episodios.

A pesar de esto, el hecho de que el tratamiento farmacológico sea insuficiente para tratar la esquizofrenia junto con la necesidad de complementarlo con otras intervenciones terapéuticas empieza a cobrar cada vez más protagonismo. Trabajar las habilidades sociales es esencial e indispensable para personas con esquizofrenia, ya que sirve de apoyo para aminorar el estrés, conseguir que las personas sean ser más fuertes y valientes y, por tanto, facilitar su integración en la sociedad. Tienen como resultado mejorar sus actividades de vida diaria.



Para ello , el Trabajador Social es un profesional indispensable en la atención a personas con algún tipo de patología mental. Transmitimos la importancia de integrar a todas las personas en la sociedad independientemente del problema que tengan. El Trabajo Social en salud mental tiene como objetivo atender las principales problemáticas y necesidades que se dan en personas con trastornos mentales graves (atención y tratamiento de la salud mental , atención en momentos de crisis, rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social , integración laboral, apoyo a familias, gestión de recursos , etc.).

La ciudad de Valladolid dispone de varios recursos que trabajan y colaboran con este colectivo, a través de las tres entrevistas a Trabajadores Sociales, recogidas en la Tabla 1 , hemos podido deducir lo siguiente:

Los tres Trabajadores Sociales coinciden en la mayoría de aspectos. Nos describen los síntomas y trastornos que mayoritariamente predominan en las personas con enfermedad mental que acuden a sus consultas (alucinaciones, delirios, alteraciones de pensamiento, conducta desorganizada, hiperactividad, depresión , esquizofrenia, bipolaridad, ansiedad, etc.) Como Trabajadores Sociales tienen muy buena relación con las familias ya que consideran que son una de las piezas clave en el tratamiento de los enfermos mentales. El objetivo de la intervención busca capacitarles para superar los sentimientos de negación, angustia, agotamiento y debilidad para poder afrontar la situación de manera positiva. Por ello, se les recomienda que participen en actividades grupales y que hablen con toda la naturalidad sobre la enfermedad.

La medicación y la psicoterapia son dos de los temas que han cobrado mayor protagonismo en las entrevistas , los tres profesionales consideran que con la medicación adecuada la persona puede vivir con normalidad pese a los cambios y alteraciones que pueda sufrir durante el tratamiento (en el caso de los niños se intenta dar siempre la menor dosis posible) .



Las dosis deben ser adaptadas a cada paciente. Además de la medicación nos resaltan la importancia de las terapias psicológicas y sociales orientadas a apoyar, colaborar y asistir a la persona con esquizofrenia.

Las personas con enfermedad mental pueden sufrir recaídas, se debe tener en consideración las medidas que existen para reducir las posibilidades de que se produzca. Se debe aprender a manejar el estrés, buscar apoyo y ayuda en los profesionales y evitar el consumo de sustancias tóxicas entre otras.

Limitaciones y líneas futuras

A pesar de que más de medio millón de personas padecen esquizofrenia en España, uno de los trastornos mentales más graves que existen en la actualidad y , en la literatura se describen cuáles son las dificultades sociales que sufren estos pacientes que requieren la intervención de los trabajadores sociales, todavía son pocas las evidencias que desde el Trabajo Social existen para determinar qué intervenciones son las más eficaces para hacer frente a dichas situaciones. Así, por ejemplo, algunos programas desarrollados en la Comunidad Autónoma de Cantabria denominado “Programa Asistencial de las Fases Iniciales de las Psicosis” (PAFIP) proporciona conocimientos sobre los trastornos psicóticos, el tratamiento que se debe seguir y la importancia del contacto directo con las familias.

Consideramos necesario llevar a cabo más programas específicos para este colectivo; en el que se incluyan entrenamientos que les permita mejorar su desempeño social atendiendo a las áreas del autocuidado; autonomía económica; autocontrol (mediante técnicas de relajación que permitan al paciente controlar sus impulsos); relaciones interpersonales; funcionamiento cognitivo. Además sería conveniente incidir en su funcionamiento laboral mediante talleres ocupacionales que les proporcione hábitos básicos de trabajo. Dichos programas deberían evaluar cuáles son las intervenciones más eficaces y eficientes para lograr los objetivos propuestos, generando evidencias que posibiliten avanzar al Trabajo Social como disciplina y como profesión. .



6 BIBLIOGRAFÍA

AHRQ, A. for H. R. and Q. (2013). Medicamentos antipsicóticos para tratar la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>

American Psychological Association (APA). (2002). F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (pp. 79–81).

Arias, F., & Ochoa, E. (2006). Consumo de cannabis en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos.

Bermejo, J. C., & Rodicio, S. G. (1964). The Treatment of Psychopathic and Antisocial Personality Disorders : A Review. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 22(4), 1–33. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.12.004>

Crespo Facorro, B., Pérez Iglesias, R., Gaité, L., Peña, M., Mata Pastor, I., Rodríguez, J., ... Vázquez-Barquero, J. (2010). Guía de psicoeducación para familias de personas diagnosticadas de psicosis (pp.15–17).

Retrieved from <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>

FEAFES. (2008). Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo. Retrieved from <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>



Gaspar Carreño, M., Romero Crespo, I., Querol Masia, M., Navarro Garcia, J., Tudela Ortells, V., & Moreno Royo, L. (2012, January). Optimización de la farmacoterapia en un hospital de Traumatología. *Farmacia Hospitalaria*. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2010.11.003>

Gómez, C . (2000) . Papel del trabajador social en el campo de la salud mental. En : C . Gómez y R. Zapata (coord.) . *Psiquiatría , Salud Mental y Trabajo Social* . (pp 86-93). Ediciones Eunate.

Gómez, C y Zapata, R . (2000) . *Psiquiatría,, Salud Mental y Trabajo Social* . Ediciones Eunate .

Gómez Ayala, A.-E. (2006). Farmacoterapia de la esquizofrenia. *Farmacia Profesional*, 20, 73–78. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-farmacoterapia-esquizofrenia-13094212%0Ahttp://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-farmacoterapia-esquizofrenia-13094212>

Hernández, B. (2013). Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social - Revista de Trabajo Social y Acción Social*, 52, 314–325.

Ibáñez, J. C. M. (1991). Grupos de autoayuda, AVIFES: experiencia de participación comunitaria. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática*, 12(1), 27-32.

Kutlu, M. G., Parikh, V., & Gould, T. J. (2015). Nicotine Addiction and Psychiatric Disorders. In *International Review of Neurobiology* (Vol. 124, pp. 171–208). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2015.08.004>

La esquizofrenia. (2015). Instituto Nacional de Salud Mental, 17.



López Ibor, J. J., Haro, J. M., & Alonso, J. (2007). Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España. *Actas españolas de Psiquiatría*, 35(Supl 2), 1-3.

Luna Guerrero, C., Castro-Martínez, J., Castellanos Duque, L., & Trujillo Prieto, M. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 236. <https://doi.org/10.21501/24631779.2443>

Marco, A., & García, F. (2011). COMORBILIDAD ENTRE ADICCIONES A SUSTANCIAS Y ENFERMEDADES MENTALES (PATOLOGIA DUAL).

Martín, E., & Navarro, I. (2012). La esquizofrenia. *Uciencia: Revista de Divulgación Científica de La Universidad de Málaga*, 44–47.

Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, Reneses B, Saiz-Ruiz J, B.-G. E. Y. A.-M. J. (2010). Revista de Psiquiatría y Salud Mental. *Calidad de Los Informes Médicos Sobre Personas Que Han Intentado Suicidarse*, 3(1), 13–18. [https://doi.org/10.1016/S2173-5050\(09\)70042-1](https://doi.org/10.1016/S2173-5050(09)70042-1)

Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86–107

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2004). *Estigma y Salud Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. *Chemistry & ...* (p. 386). Retrieved from <http://www.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>



Murcia, S., Inés, M., & Cardozo, V. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad . . . mental. *Dialnet*. Bogotá, Colombia. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiQUIATRIA-379-articulo-familia-salud-enfermedad-mental-90360610>

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua

Organización Mundial de la Salud. (2004). La promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Ginebra. OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promoción_de_la_salud_mental.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra. OMS.

En: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). Recuperado el 8 de Junio de 2018. http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). Recuperado el 9 de Mayo de 2018. <http://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/2016-year-in-review-key-health-issues>

Organización Mundial de la Salud (Abril de 2017). Recuperado el 20 de Junio de 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización Mundial de la Salud.(Abril de 2018). Recuperado el 1 de Julio de 2018. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>



Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *CT*, 4, 157–172.

Pais, E. (2018). enfermedades en la infancia, 1–3.

Pato, C. M. F., Rodríguez, V. M., & Valverde, J. I. F. (2017). Síndrome metabólico y antipsicóticos atípicos. Posibilidad de predicción y control. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 38-44.

Política nacional del campo de la salud, mental., Documento-propuesta para discusión y acuerdos, comité de, políticas. Bogotá: Ministerio de Protección Social - Asociación Colombiana de Psiquiatría; 2007.

Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., & Casanova, L. (2014). Needs of relatives of patients with schizophrenia under crisis situations. *Salud Mental*, 37(3), 233–239. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.028>

Rebolledo, S., & Lobato, M. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares , cuidadores y personas afectadas*. (M. B. Arroyo & M. R. Bennasar, Eds.), *Sociedad Española de Psiquiatría* (AULA MEDIC, p. 205). Madrid (España).

Royal College of Psychiatrists. (2009). Esquizofrenia. *Royal College of Psychiatrists*, 4. <https://doi.org/22863>

Ruiz-pérez, M., Llistar-verdú, S., & Farràs-permanyer, L. (2018). Treatment of metabolic syndrome and quality of life in patients with schizophrenia : a systematic review, 36(1), 51–61.



Rus Calafell, M., & Lemos Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (111), 89–93.

Sánchez, O. (2013). Historia de la enfermedad mental y su atención. En: O. Sánchez Rodríguez, B. Polonio López y M. Pellegrini Spangenberg (Eds.). *Terapia ocupacional en salud mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal*. (pp 3-17). Madrid: Editorial Médica Panaamericana, S.A.

Solano Murcia, Martha Inés, Vásquez Cardozo, Socorro, Familia, en la salud y en la enfermedad...mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (2014), 43 (Octubre-Diciembre).

Swartz, M. S., Wagner, H. R., Swanson, J. W., Stroup, T. S., Mcevoy, J. P., Canive, J. M., ... Lieberman, J. a. (2008). Consumo de drogas en personas con esquizofrenia Prevalencia basal y correlaciones con el estudio NIMH CATIE. *Revista de Toxicomanías*, (54), 18–28. Retrieved from http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret54_2.pdf

Valencia, M., Murow, E., & Rascón, M. L. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: Terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 535–549.



7 ANEXOS

7.2 ANEXO 1 : TRABAJADORA SOCIAL DEL HOSPITAL CLÍNICO.

1. Rango de edad de las personas atendidas :

- Entre 20 y 35 años.
- Entre 35 y 50 años.
- Entre 50 y 65 años.
- Más de 65 años.

2. ¿ Qué síntomas prevalecen en las personas con enfermedad mental que acuden a su consulta?

3. ¿ Cuánto tiempo pasa desde que el paciente presenta síntomas hasta que se le hace el diagnóstico?

4. ¿ Cuáles son los trastornos mentales más frecuentes en sus pacientes ?

5. ¿Cómo es la manera de intervenir con los pacientes ?

6. ¿ Cómo es la relación con las familias?

7. ¿ Cómo se coordinan dentro del equipo?

8. ¿ Tienen coordinación con otros profesionales?

9. ¿ Durante cuánto tiempo se hace un seguimiento con las personas?

10. Con una medicación adecuada, ¿ Crees que podrían llevar una vida adecuada?

11. ¿ De qué manera actúa con las familias en situaciones de crisis?

12. Centrándonos en uno de los trastornos mentales que mas prevalecen en la sociedad, la esquizofrenia, ¿ Crees que hay información suficiente sobre la enfermedad?



13. ¿ Cuáles son las pautas que se le da a una persona que desconoce esta enfermedad?

14. ¿ Crees que el consumo de drogas está relacionado con la enfermedad mental?

15. ¿ En que se diferencia un Trabajador Social de otro profesional en Salud Mental?

7.3 ANEXO 2 : TRABAJADORA SOCIAL DE LA FUNDACIÓN “ EL PUENTE”

1. **Rango de edad de las personas atendidas:**

- Entre 18 y 35 años.
- Entre 35 y 50 años.
- Entre 50 y 65 años.
- Más de 65 años.

2. ¿ Qué síntomas prevalecen en las personas con enfermedad mental que acuden a su consulta?

3. ¿ Qué trastornos mentales son los que predominan?

4. ¿ Cómo es la manera de intervenir con los pacientes?

5. ¿ Cómo es la relación con las familias?

6. ¿ Lleváis a cabo programas para las familias?

7. ¿ Cómo es la coordinación interna y externa?

8. ¿ Durante cuánto tiempo se hace un seguimiento con las personas?

9. ¿Las personas que acuden a su Fundación son derivadas de otros servicios o acuden también por cuenta propia?

10. ¿ Durante cuánto tiempo se hace un seguimiento con las personas?



11. Con una medicación adecuada, ¿ Crees que podrían llevar una vida adecuada?
12. ¿ De qué manera se actúa con las familias en situaciones de crisis?
13. Centrándonos en uno de los trastornos mentales que mas prevalecen en la sociedad, la esquizofrenia, ¿ Crees que hay información suficiente sobre la enfermedad?
14. ¿ Existe relación entre el consumo de sustancias tóxicas y los altos índices de esquizofrenia?
15. ¿ En qué se diferencia un Trabajador Social de otro profesional en Salud Mental?

7.4 ANEXO 3 TRABAJADOR SOCIAL INFANTO-JUVENIL.

1. ¿ Qué edades predominan en los niños que acuden a su consulta?
2. ¿ Qué síntomas prevalecen?
3. ¿ Cuáles suelen ser los motivos por los que acuden a su consulta?
4. ¿ Cómo es la manera de intervenir con los pacientes?
5. ¿ Cómo es el contacto con las familias?
6. ¿ Qué profesionales intervienen dentro de los equipos de trabajo del centro ?
7. ¿Tienen coordinación con otros profesionales externos?
8. ¿ Durante cuanto tiempo se hace un seguimiento?
9. ¿ Antepone la psicoterapia a los fármacos?
10. Con una medicación adecuada, ¿ Cree que podrían llevar una vida adecuada?
11. Centrándonos en uno de los trastornos mentales que mas prevalecen en la sociedad, la esquizofrenia, ¿ Crees que hay información suficiente sobre la enfermedad?
12. ¿ En qué se diferencia un Trabajador Social de otro profesional en Salud Mental?



